TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

G. NOVÉ-JOSSERAND

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon



LYON

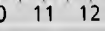
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1898





TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HOPITAUX, 1886

INTERNE DES HOPITAUX, 1889

LAURÉAT DES HOPITAUX (PRIX BONNET), 1889

CHEF DE TABLE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, 1891

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE, 1892

PROSECTEUR, 1893

DOCTEUR EN MÉDECINE, 1893

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE, 1894

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, 1894

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

TABLE ANALYTIQUE

I. — OS ET ARTICULATIONS

Etude expérimentale et histologique des troubles de croissance consécutifs aux lésions des cartilages de conjugaison.

Thèse de Lyon 1893. — *Revue de Chirurgie*, 1894.

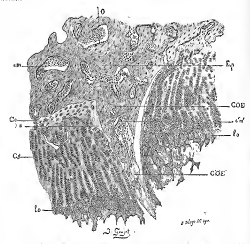
Ce travail comprend deux parties :

Dans la première, clinique, nous avons étudié l'influence exercée sur la croissance par les maladies qui, directement ou indirectement, intéressent le squelette. Passant en revue les lésions traumatiques (fractures, décollements épiphysaires, interventions sur les os, résections), les lésions inflammatoires (ostéites diaphysaires, ostéomyélite, ostéites tuberculeuses, syphilitiques), les néoplasmes (sarcomes, chondrômes, etc), nous avons montré que ces diverses causes agissent toujours dans le sens établi par les expériences de M. le professeur Ollier. Les lésions diaphysaires ou juxta-épiphysaires éloignées des cartilages conjugaux, agissent à distance sur eux, et déterminent une exagération de la croissance en longueur; toutes les lésions qui intéressent directement ces cartilages, produisent un arrêt, ou une diminution de croissance, dans une étendue variable suivant leur force d'action, et suivant l'importance fonctionnelle du cartilage qui se trouve lésé (lois d'Ollier). Ainsi, étant donnés une lésion osseuse, son siège et l'âge du sujet qui la porte, on pourrait déterminer, presque à coup sûr, dans quelle étendue la croissance sera troublée.

La seconde partie, expérimentale, est consacrée à la solution du problème suivant.

Nous savons que ces diverses lésions détruisent rarement le cartilage conjugal dans sa totalité; l'expérience montre, d'ailleurs, qu'une lésion limitée de ce cartilage arrête sa croissance proportionnellement à son étendue. Quelle est alors la cause de cet arrêt d'accroissement?

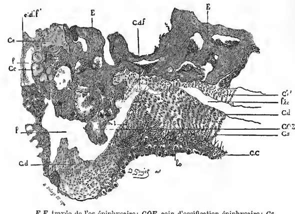
L'explication donnée partout est que, le cartilage conjugal, irrité par le traumatisme, parcourt hâtivement les étapes normales de son évolution et se trouve plus vite épuisé. M. Ollier avait émis, au contraire, l'idée que l'évolution du cartilage, loin d'être plus rapide, était, au contraire, ralentie et qu'il y avait là, un véritable trouble de l'ossification. Sur ses conseils, nous avons étudié cette question en détail.



Ep. os épiphysaire ; *em.* espace médullaire de l'os épiphysaire ; *o.* ostéoblastes occupant la périphérie des espaces médullaires dont le centre renferme les vaisseaux et la moelle muqueuse ; *e'm'*, ces mêmes espaces médullaires à contenu muqueux dans le cône d'ossification ; *C.O.E.* — *C'O'E'*, pointe du coin d'ossification épiphysaire qui continue à s'accroître comme un os médullaire par le mécanisme des fibres de Sharpey ; *Ce*, zone cartilagineuse satellite de l'os épiphysaire ; *Z*, son prolongement satellite du coin d'ossification ; *Cs*, cartilage sérié de la ligne d'ossification.

Dans nos expériences, calquées sur celles de M. Ollier, nous avons produit des arrêts de croissance par des piqûres, faites à travers le cartilage de conjugaison. L'étude histologique de ces cartilages,

recueillis à des époques variables, après le traumatisme, nous a permis de tirer les conclusions suivantes :



E.E, travée de l'os épiphysaire; *COE*, coin d'ossification épiphysaire : *Ce*, cartillage satellite de l'os épiphysaire; *Cc*, point de cartilage calcifié appartenant à l'ossification cartilagineuse de la base du coin épiphysaire; *Cs*, cartilagé sérié; *CC*, cartilage calcifié; *lo*, ligne d'ossification sectionnée un peu obliquement, ainsi que le cartilage calcifié qui qui la surmonte.

l.l, lacunes de résorption de la zone cartilagineuse du coin épiphysaire; *Cd*, cartilage en voie de ramolissement répondant au sommet du coin; *Cdf*, cartilage en voie de ramollissement mais encore représenté par des trabécules de substance fondamentale; *t*, cartilage de la marge de la fente de résorption et dont les éléments se sont tassés par retrait; *f.i.c*, fente de résorption se poursuivant entre le cartilage satellite de l'épiphyse, *C'e'*, et le cartilage de conjugaison, *Cd*, jusqu'au voisinage de l'encoché d'ossification; *c'.d'.f'*, point où existent de petites lacunes de résorption entre le cartilage épiphysaire et le cartilage de conjugaison et où l'on voit ces lacunes limiées par des travées courtes de substance fondamentale.

Le traumatisme détermine une double lésion :

a) Il y a d'abord un ***trouble de l'ossification*** qui reste limité au niveau de la lésion, lorsqu'elle est très petite, mais qui peut atteindre, si elle est plus grande, le cartilage tout entier. Ce trouble se mani-

feste par la fibrillation de la substance fondamentale du cartilage, l'atrophie de ses cellules dont l'ordonnance régulière est troublée. De plus, la ligne d'érosion qui sépare le cartilage de la diaphyse, dessine, à l'intérieur de cette dernière, un feston rentrant preuve qu'il y a là un véritable retard de la transformation du cartilage en os.

b) En second lieu, lorsque la lésion a intéressé l'épiphyse, on voit partir, de cette dernière, une ossification qui traverse le cartilage conjugal et va pénétrer dans la diaphyse. *Ce coin osseux néoformé*, fixant la diaphyse à l'épiphyse comme un véritable clou, empêche définitivement la croissance en longueur. Il se développe en quelques jours, si le traumatisme est considérable, dans le cas contraire, il se produit lentement, met des mois pour atteindre la diaphyse, et ne détermine qu'un trouble de croissance tardif et peu considérable.

Retard de croissance déterminé par les produits solubles microbiens
(En collaboration avec le Dr Lyonnet.)

Société des Sciences Médicales, 5 février 1896.

L'influence exercée par les produits solubles microbiens sur la croissance du squelette n'a pas encore été, à notre connaissance, l'objet de recherches précises, les travaux de Charrin ne se rapportant qu'à la descendance des animaux injectés.

Le fait suivant montre, que les recherches faites dans ce sens pourraient, peut-être, amener des découvertes intéressantes. Une famille de très jeunes lapins fut divisée en trois groupes : deux témoins ; deux reçurent des cultures filtrées de streptocoques, sans aucun résultat ; trois enfin reçurent des cultures filtrées de staphylocoques. De ces derniers, deux succombèrent après la deuxième injection. Le troisième fut sacrifié au bout de deux mois, après avoir reçu trois injections (1, 2, 4 cc). Il ne pesait que 872 gr., le témoin pesant 1735. Son squelette était resté en retard dans sa croissance, comme le montrent les chiffres suivants :

	Lapin injecté	Témoin
Humérus	48 m/m	62 m/m
Cubitus	57 —	67 —
Tibia	70 —	88 —
Fémur	66 —	83 —

Les os étaient légers, fragiles, atteints d'atrophie simple, sans nouûres, ni aucune déformation rappelant le rachitisme.

De la fièvre dans les fractures simples (En collaboration avec M. le professeur agrégé Gangolphe.)

Revue de Chirurgie, 1891.

Ce sujet, très étudié à l'étranger par Volkmann, Riedel, Wahl, Bowlby, Horseley, etc., n'avait été l'objet, en France, d'aucun travail spécial. Nous en avons fait une étude complète, dont voici les conclusions.

Dans plus de la moitié des cas de fractures simples, on observe, si l'on prend la température des malades, une élévation thermique, ordinairement légère (38-38, 5) et de courte durée (1 à 3 jours), mais qui peut exceptionnellement s'élever à 39, 39, 5 et se prolonger pendant 10 et même 15 jours. Le caractère le plus important de cette fièvre est de se manifester uniquement par l'élévation de la température, les phénomènes généraux, malaise, céphalalgie, inappétence, etc., qui sont le cortège ordinaire des fièvres même légères, faisant absolument défaut.

Son importance clinique est nulle : elle n'a aucun rapport avec le pronostic, la durée de consolidation, etc. Sa pathogénie est plus intéressante. Elle est, en effet, la mieux caractérisée de ces ***fièvres aseptiques*** que l'on commence à connaître, et dans le cadre desquelles on range, à côté de la fièvre des fractures simples, celle qu'on observe dans certains traumatismes articulaires (Broca), dans les gangrènes aseptiques (Gangolphe et Courmont), et pendant la résorption des épanchements sanguins dans les séreuses (plèvre, etc.).

Deux explications pathogéniques en ont été proposées. Les uns l'attribuent à la résorption du sang épanché et des tissus détruits par le traumatisme ; des expériences récentes ont, en effet, montré les propriétés thermogènes de ces substances. Pour d'autres, les cellules encore vivantes, mais altérées par le traumatisme, seraient capables de sécréter des produits thermogènes qui interviendraient aussi dans cette pathogénie.

Des différentes variétés de l'ankylose du coude ; du choix de l'opération qui leur est applicable et du danger de la récidive après les opérations trop économiques.

Revue de Chirurgie, 1893.

L'important travail publié par M. le professeur Ollier en 1878, et les chapitres qu'il a écrit, sur ce sujet, dans le Traité des résections, résument toute l'histoire moderne du traitement opératoire de l'ankylose du coude. Notre mémoire, écrit d'après l'enseignement de M. Ollier et fondé sur des faits recueillis dans son service, a pour objets d'étudier en détail quelques points de ce traitement.

Il comprend trois parties :

Dans la première, nous avons cherché à montrer, combien les conditions opératoires diffèrent, suivant les formes anatomiques des ankyloses du coude, et à déterminer quelle est l'intervention qui convient à chacune de ces formes.

Dans quelques cas rares, l'ankylose est causée simplement, par une *jetée osseuse périphérique*, ou par *une adhérence limitée* des surfaces en présence, qui fixe les os, en laissant persister l'articulation elle-même, avec ses cartilages et sa synoviale. Une opération économique est alors suffisante ; après la rupture, la section ou la résection de cet ostéophyte, la mobilité est aussitôt rétablie.

Une deuxième forme, également rare, est représentée par l'*ankylose cerclée*. Ici l'ankylose est due à l'ossification des tissus péri-articulaires et parostaux entourant l'article d'une sorte de manchon rigide, et les surfaces articulaires ont encore conservé leurs moyens de glissement. Malgré cette circonstance favorable, la résection totale est nécessaire, à cause de l'exagération des propriétés ostéogéniques des tissus voisins et de la nécessité de poursuivre parfois très loin la dissection des ossifications périarticulaires.

Enfin, dans la troisième forme, plus commune, on trouve *une soudure fibreuse ou osseuse* des extrémités articulaires, tandis que les cartilages et la synoviale ont disparu. Ici, il faut distinguer les ankyloses limitées à l'une des articulations huméro-cubitale, huméro-radiale, ou radio cubitale et les ankyloses totales, huméro-cubito-radiales. Dans toutes ces variétés, la résection est de rigueur, car elle permet seule d'obtenir une articulation nouvelle, mais cette résection quelle doit être son étendue?

Dans les formes limitées huméro-cubitales, huméro-radiales, on

peut admettre une intervention portant seulement sur l'humérus, et conservant les os de l'avant-bras. Encore faut-il que le sujet soit déjà âgé, que la maladie qui a causé l'ankylose ait disparu depuis longtemps, et enfin, qu'il n'existe pas d'ossifications périphériques.

Dans tous les autres cas il faut faire la résection totale. En nous appuyant sur l'autorité de M. Ollier, nous avons insisté sur la fréquence de la récidive après les interventions trop économiques, et la nécéssité de faire des opérations très larges.

Dans la deuxième partie, étudiant le manuel opératoire, nous avons montré la nécessité de faire des résections larges, enlevant en moyenne une colonne osseuse haute de quatre cent., et d'interrompre la gaîne périostéo-capsulaire (*résection sous-périostée interrompue* de M. Ollier).Nous avons surtout décrit en détail les soins consécutifs tels qu'ils sont en usage à la clinique de M. Ollier, en faisant ressortir leur importance. Nous ne pouvons en rappeler ici que les deux points principaux : mobilisation précoce, poursuivie régulièrement et progressivement avec beaucoup de prudence, en évitant les mouvements forcés cause d'inflammation et d'ankylose, et, dans les cas graves, emploi judicieux de la traction continue, exercée, soit dans le sens de la flexion, soit dans celui de l'extension, pendant l'intervalle des séances de mobilisation.

Enfin, dans la troisième partie, nous avons étudié les causes, l'anatomie pathologique et le traitement des *ankyloses récidivées* après la résection.

Complètes ou incomplètes, elles sont dues, parfois, à l'irrégularité de la forme des extrémités osseuses reproduites, ou à leur excès de volume, ou, enfin, au développement d'ossifications périphériques. Dans ces cas, des opérations économiques de modelage peuvent quelquefois être utiles.

Mais, le plus souvent, elles sont dues à la soudure des extrémités osseuses, soit par du tissu fibreux, soit par du cartilage ou de l'os. La récidive résulte alors du défaut d'organisation de la néarthrose. Le seul traitement possible est une nouvelle résection, plus large que la première, sous-périostée interrompue, avec une surveillance minutieuse des soins post-opératoires. Pour montrer jusqu'à quel point on peut être entreprenant et compter sur la régénération osseuse, si l'on se conforme strictement aux règles de la méthode sous-périostée, nous avons rapporté l'histoire d'une malade de M. Ollier qui subit trois fois la résection du même coude, et finit par obtenir un membre mobile, solide et utile.

Sur une variété de tumeur solide des maxillaires d'origine paradentaire (En collaboration avec M. Bérard).

Revue de Chirurgie, 1894.

Entrevues par Malassez, ces tumeurs ont été bien décrites au point de vue histologique par Chibret. Elles se présentent sous la forme de masses néoplasiques molles, ressemblant macroscopiquement à certains sarcômes, et sont constituées par du tissu myxoïde de Huxley. Elles sont donc proches parentes des tumeurs kystiques des maxillaires, et naissent, comme ces dernières, des débris épithéliaux paradentaires.

Notre travail, basé sur quatre observations dues à M. le professeur Ollier, a eu pour but principal de définir les caractères cliniques de ces tumeurs.

A ce point de vue, elles ressemblent beaucoup aux kystes d'origine paradentaire ; elles se développent lentement, de préférence dans certaines régions (angle de la mâchoire) en faisant saillie sur la face externe de l'os, sans déterminer ni douleurs, ni anesthésie dans le domaine des nerfs voisins ; enfin, elles se comportent comme des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après une ablation simple mais complète du tissu néoplasique.

L'intérêt principal de ces tumeurs vient de ce que, étant constituées par un tissu uniformément mou, elles pourraient, au cours de l'opération, être prises pour des sarcômes, et on conçoit les conséquences thérapeutiques de cette confusion. Elle peut être évitée en tenant compte d'abord, des signes cliniques qui plaident en faveur d'une tumeur bénigne, et, en second lieu, de certains signes objectifs reconnaissables au cours même de l'opération et qui sont : la consistance du tissu néoplasique moins friable que le sarcôme, la délimitation exacte de la tumeur par une coque osseuse dure, non infiltrée par le néoplasme, et, enfin, la présence, au sein de la tumeur ou dans son voisinage, d'une dent plus ou moins bien formée qu'il faut toujours rechercher, car elle lève toutes les hésitations.

Sur un cas de myxôme kystique du tibia (En collaboration avec M. Bérard).

Revue de Chirurgie, 1895.

Etudié par Volkmann, Virschow, Nicaise, Lucke, Tédenat, le myxôme des os est une tumeur rare.

L'observation que nous avons rapportée, recueillie dans le service de M. le professeur Ollier, est intéressante à plus d'un titre.

D'abord parce que la tumeur était devenue kystique, fait assez rare dans l'histoire des myxômes, peut être unique dans celle des myxômes des os.

Ensuite, au point de vue clinique : au lieu de la marche lente qui est un de leurs meilleurs signes, ce myxôme avait pris un accroissement rapide qui devait faire penser de préférence au sarcôme. Seule, l'incision exploratrice permit de reconnaître sa nature ; aussi avons-nous insisté sur l'utilité de faire toujours cette incision exploratrice, avant de se décider au sacrifice du membre. En effet, notre observation montre que ces tumeurs, peu malignes, sont justiciables d'opérations économiques. M. Ollier put, dans ce cas, exciser le néoplasme dans sa totalité en conservant le tibia, et l'absence de récidive prouva que cette conduite était parfaitement justifiée.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la scoliose,

In Thèse de Gérardin, Lyon 1897.

Les travaux récents de Nicoladoni, Albert, Lorenz, Hoffa, etc., ont remis en discussion plusieurs points de l'anatomie pathologique de la scoliose et de la pathogénie des déformations vertébrales. Celles-ci sont considérées par les uns (Hoffa, Wolff) comme la conséquence des modifications d'architecture subies par les vertèbres, placées dans des conditions statiques anormales. Pour d'autres (Albert), elles résultent simplement du modelage, par les pressions et les tractions auxquelles il est soumis, de l'os ramolli et malléable.

Nous avons repris cette question, en étudiant trois colonnes scoliotiques anciennes, et en appliquant la radiographie à l'étude de l'architecture des vertèbres scoliotiques,

Nos recherches montrent que la conception d'Albert, attribuant toutes les déformations des vertèbres à la malléabilité de l'os, est vraie d'une façon générale, et qu'il n'est pas possible de les expliquer par un trouble de croissance (Nicoladoni), ou par la modification de l'architecture du corps vertébral (Hoffa).

Mais nous croyons avoir prouvé aussi, contrairement à Albert, que ces modifications de l'architecture, sans avoir l'importance que eur accorde Hoffa, existent cependant. Elles se traduisent par la condensation du tissu osseux dans les régions par où passe le poids du corps, et qui subissent ainsi les pressions les plus fortes, c'est-à-dire du côté de la concavité et un peu en arrière. Là, elles aboutissent à la constitution d'une double colonne de soutènement; l'une, située dans le corps vertébral, se manifeste par l'augmentation de nombre et de volume des travées osseuses à ce niveau; l'autre est constituée par l'épaississement des lames et des apophyses articulaires qui, superposées et étroitement unies entre elles, forment, dans l'arc postérieur, un support accessoire, capable de suppléer les corps devenus insuffisants à leur tâche.

II. — PEAU

Tumeurs multiples de la peau. — Epithélioma et idradénome. — En collaboration avec M. Ch. Audry.

Lyon Médical, 1892.

Etude clinique et histologique d'une variété de tumeurs multiples de la peau, que nous avons pu rapprocher des idradénomes décrits par Darier et Jacquet. Une de ces tumeurs présentait la structure d'un épithélioma vrai, qui était le résultat de la dégénérescence maligne de l'un des adénomes. C'est donc un exemple assez probant du developpement de certains épithélioma de la peau aux dépens de tumeurs primitivement bénignes, telles que des angiômes, des adénômes sudoripares ou sébacés.

Contribution à l'étude des greffes autoplastiques suivant la méthode de M. le professeur Ollier.

In Thèse de Perret, Lyon 1896.

Les greffes autoplastiques dont M. le professeur Ollier a fait connaître le principe en 1872, sont depuis longtemps entrées dans la pratique courante, et leur valeur est aujourd'hui universellement reconnues. Nos observations, qui se trouvent relatées dans la thèse de M. Perret, comportent des conclusions intéressantes, concernant leur technique dont quelques points sont encore discutés, et leur emploi dans le traitement de certaines formes graves de cicatrices vicieuses.

Le manuel opératoire de M. Ollier consiste, après avoir taillé les gref-

fes, à les appliquer directement sur la surface bourgeonnante. Plusieurs chirurgiens pensent encore, avec Thiersch, qu'il est nécessaire de détruire préalablement les bourgeons, en les enlevant avec la curette. Nos observations sont venues s'ajouter aux faits très probants de M. Ollier pour montrer que ce grattage, qui complique l'opération en déterminant une hémorrhagie abondante et parfois longue à tarir complètement, est, le plus souvent, inutile. Les transplants, greffés sur une plaie bourgeonnante, prennent, en effet, très bien, pour peu qu'on ait obtenu, auparavant, une asepsie relative, par des pansements faits avec soin.

Dans les cicatrices vicieuses étendues, bien étudiées par M. le professeur Panas, et, en particulier, dans les adhérences cicatricielles unissant les membres au tronc ou des segments de membre entre eux, il existe, après la dissection large de la cicatrice, une plaie immense, fort difficile à combler. Nous avons montré le parti que l'on peut tirer des greffes autoplastiques, soit en les employant seules, soit en les combinant aux autres méthodes d'autoplastie. Dans deux cas, où il s'agissait d'adhérences cicatricielles unissant le bras au thorax, et l'avant-bras au bras, nous avons fait l'application de cette méthode avec les meilleurs résultats immédiats et éloignés.

III. — TÊTE ET ORGANES DES SENS

Incision exploratrice des téguments du crâne et rugination large des os dans le diagnostic de certaines fractures du crâne

Société de chirurgie de Lyon, février 1898.

Après certains traumatismes craniens ayant déterminé des accidents nerveux, localisés ou diffus, il peut être quelquefois utile, avant de décider la trépanation, de savoir si une fracture existe, et quel est son siège ; or, cette question est souvent très difficile à résoudre. Nous avons rapporté deux cas où, grâce à l'incision exploratrice avec décollement étendu des téguments du crâne, nous avons pu, une fois, déterminer le siège d'un épanchement sanguin intra-cranien, et, l'autre fois, nous abstenir d'une trépanation qui eût été inutile.

Sequestres symétriques des deux oreilles (En collaboration avec le Dr LANNOIS.

Société des Sciences Médicales, juin 1897.

Observation d'un enfant de 9 ans, qui, à la suite d'une otite existant depuis l'âge de 2 ans, présentait dans chaque oreille un séquestre volumineux, de forme pyramidale, contenu dans une cavité à parois lisses et éburnées. Ces séquestres, remarquables par leur symétrie, leur volume, et leur longue persistance furent enlevés après décollement du conduit auditif.

Sur un cas anormal de pneumatocèle mastoïdienne spontanée
(En collaboration avec M. Carle).

Lyon Médical, 30 janvier 1898.

Ce cas était remarquable par les particularités suivantes : La pneumatocèle, développée spontanément, était bilatérale et intermittante, ne se produisant qu'à l'occasion de certains efforts et, en particulier, du rire, avec de vives douleurs, et disparaissant au bout de quelques minutes. Elles existait, ainsi stationnaire, depuis des années, lorsqu'elle devint le siège d'accidents infectieux qui nécessitèrent son incision. L'os était sain : la guérison fut complète.

A ce propos nous avons étudié la pathogénie de ces pneumatocèles spontanées, qui est encore discutée. La plupart des auteurs expliquent la communication des cellules mastoïdiennes avec l'espace sous-périostique, soit par la déhiscence spontanée des cellules mastoïdiennes (Hirtl), soit par un arrêt de développement portant sur la paroi externe de ces cellules (Leymark, Zuckerkandl, Burtner, Sonnenburg). Nous avons attiré l'attention sur le rôle pathogénique possible de la persistance de la fissure squamo-pétreuse, théorie formulée par Kirschner et Kisselbach, et qui nous a paru être l'explication la plus vraisemblable pour un grand nombre de cas.

Observation de tumeur maligne des fosses nasales (sarcôme de la branche montante du maxillaire) opéré à l'aide de l'ostéotomie verticale bilatérale des os du nez, suivant la méthode de M. Ollier, sans récidive au bout de 5 mois.

In Thèse Gourdiat, Lyon 1896.

Observation d'empyème du sinus frontal opéré par la méthode d'Ogston-Luc. — Guérison complète.

Société des Sciences Médicales, 7 juillet 1897.

IV. — COU. — THORAX.

Observation de torticolis spasmodique opéré par la section des muscles suivant la méthode de Kocher. — Amélioration.

Société des Sciences Médicales, décembre 1896.

Il s'agissait d'un homme âgé de 58 ans, porteur d'un torticolis spasmodique pour lequel on avait déjà fait sans résultat la section du spinal. Les spasmes avaient pour siège le sterno-mastoïdien et les muscles de la nuque du même côté. Nous fîmes la myotomie à ciel ouvert de tous les muscles atteints, sterno-mastoïdien, trapèze, splénius, grand et petit complexus, grand droit postérieur, grand oblique. Il en résulta une amélioration notable qui persistait au bout de deux mois.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer, depuis, cette méthode de Kocher à un autre malade porteur de la même affection : le résultat fut très satisfaisant : depuis plus d'un an le malade ne présente plus aucun spasme.

Observation de plaie du cœur par instrument tranchant. — Hémo-péricarde. — Mort 24 heures après la blessure.

Gazette des Hôpitaux, 16 Janvier 1892.

L'intérêt de ce cas résulte de la longue survie du blessé. A propos de ce fait nous avions, en nous fondant sur les expériences de Bloch, discuté l'opportunité d'une intervention. On sait que, récemment, Rehn, Parrozani, ont fait avec succès la suture de plaies du cœur.

Observation d'hémothorax traumatique

In Thèse de Folly, Lyon 1897.

Intéressante par la fièvre qui se maintint à 39° pendant trois jours, sans aucun phénomène infectieux. Confirme les notions actuellement admises sur la fièvre qui accompagne la résorption des épanchements sanguins.

V. — APPAREIL DIGESTIF

Calculs salivaires de la glande sous-maxillaire.

Province Médicale, 17 octobre 1896.

Une variété de calculs salivaires est encore assez mal connue : ce sont les calculs profonds qui, au lieu de se porter vers la bouche, demeurent latents pendant un temps très long, jusqu'au jour où des accidents infectieux apparaissent, et où on les trouve au fond d'un abcès ouvert par la voie sus-hyoïdienne.

D'où viennent ces calculs? Aucun fait indiscutable ne prouve leur origine dans la glande sous-maxillaire et l'on pense généralement, qu'habitant le conduit de Wharton, ils en sont sortis en ulcérant ses parois.

Dans un cas, nous avons pu intervenir avant les accidents infectieux ; l'opération faite ainsi à froid et par la région sus-hyoïdienne, nous a permis de bien déterminer le siège de ces calculs.

Les seuls signes étaient, avec un plancher buccal normal, des phénomènes douloureux intermittents, de la sécheresse de la bouche et une petite tumeur dure placée sous l'angle de la mâchoire.

Les calculs, au nombre d'une vingtaine, présentant tous les caractères des calculs salivaires, étaient contenus dans une membrane très mince qui les entourait comme les mailles d'un filet ; cette membrane de nature conjonctive était absolument indépendante de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton qui était parfaitement sain. Nous avons pensé que les calculs s'étaient *développés dans des glandules salivaires accessoires*, voisines de ce canal et nous serions portés à croire que cette origine serait celle d'un grand nombre de calculs salivaires, car Graille dans sa thèse, inspirée par Legueu, considère la petite tumeur sous angulo-maxillaire, qui exis-

tait chez notre malade, comme le signe le plus constant de la lithiase salivaire.

Note sur une fistule parotidienne glandulaire, guérie après des badigeonnages de cocaïne.

Société des Sciences Médicales, 21 octobre 1896.

De la gastropexie et de la gastrostomie (gastrostomie en deux temps), dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage.

Gazette hebdomadaire, 30 avril 1892.

A l'époque où ce mémoire fut publié, on en était encore à chercher les moyens d'éviter certains accidents de la gastrostomie et, en particulier, l'incontinence de la fistule gastrique. Rapportant les observations des malades opérés par M. le professeur Poncet, suivant son procédé de gastrostomie en deux temps, nous avons montré les avantages de ce manuel opératoire qui donne une fistule continente et petite. Nous avons insisté surtout, sur l'amélioration de la déglutition qui s'observe, très fréquemment, après la simple gastropexie, et résulte probablement de la disparition d'un spasme de l'œsophage; grâce à elle, on peut parfois retarder très longtemps l'ouverture de l'estomac, et éviter au malade, pendant tout ce temps, les ennuis de la fistule gastrique. Ce fait, qui conserve encore aujourd'hui toute sa valeur, demeure actuellement le principal avantage de la gastrostomie en deux temps.

Fait de pylorectomie pour une tumeur bien limitée de la face postérieure de l'estomac. — Gastro-entérostomie antérieure avec le bouton de Murphy-Villard. — Mort par broncho-pneumonie dix jours après l'intervention.

Société des Sciences Médicales, février 1897.

De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie.
Lyon Médical, 9 mai 1897.

L'existence de l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie est admise depuis assez longtemps déjà ; mais, les cas où cette complication a été réellement constatée sont rares, aussi quelques chirurgiens ont-ils contesté son importance et l'utilité de prendre des précautions particulières pour la prévenir.

Nous en avons observé un exemple très net chez un de nos opérés; une intervention faite in extremis et l'autopsie nous ont bien montré qu'il y avait une occlusion intestinale due, à la compression de l'origine du jejunum, par la portion duodénale de l'intestin distendu par la bile et les matières venues de l'estomac.

Nous avons étudié, à ce propos, les moyens de prévenir cette complication. Discutant les diverses interventions proposées, gastroduodénostomie, gastro-entérostomie en Y, entéro-anastomose complémentaire de Jaboulay-Braün, torsion de l'anse anastomosée suivant Lucke-Woelfler, nous avons conclu en faveur de ce dernier procédé, parce qu'il est très simple, n'aggrave pas l'intervention, et que les faits connus jusqu'ici prouvent son efficacité.

A propos des symptômes de cette occlusion, nous avons insisté sur le caractère pathognomonique des grands vomissements bilieux, survenant un certain temps après l'opération, et en l'absence de tout signe de réaction péritonéale. Notion importante, car, d'un diagnostic précoce, dépend la vie du malade qui peut encore être sauvé par une intervention faite à temps.

De l'emploi du bouton anastomotique dans la gangrène herniaire et dans les entéro-anastomoses.

Société des sciences Médicales, janvier 1896.
Observation in *Thèse de Pla*, Lyon 1895.
Société des Sciences Médicales, février 1897.

Les deux premiers de ces travaux sont relatifs à l'emploi du bouton de Murphy modifié par Villard dans les hernies gangrenées. Nous avons rapporté plusieurs faits très démonstratifs de la simplicité et de l'innocuité de cette méthode.

Par contre nous avons, dans la troisième communication, insisté sur ses dangers dans la gastro-entérostomie. Une de nos observations prouve que malgré l'emploi de toutes les précautions prescrites, on peut n'avoir pas d'adhérences solides même au bout de dix jours.

Présentation d'une pièce anatomique de tuberculose localisée du cœcum

Société des Sciences Médicales, mai 1891.

Relation d'un cas de tuberculose localisée du cœcum guérie après une simple laparotomie exploratrice.

Société des Sciences Médicales, mai 1896.

Il semble que la tuberculose localisée du cœcum ne puisse guérir chirurgicalement qu'au prix de la résection de l'intestin malade. Legueu a rapporté six cas où la laparotomie simple ne donna aucun résultat.

Sur un enfant de 10 ans, chez qui l'intervention radicale n'avait pas été jugée possible, en raison de l'extension des lésions à une portion assez étendue de l'iléon, nous avons vu la guérison se produire après cette simple laparotomie exploratrice. Le petit malade fut revu, en bonne santé, près d'un an après l'intervention.

Observations d'appendicite.

In Thèse de Lavabre, Lyon 1897.

Quelques-unes de ces observations montrent combien il est difficile de différencier la péritonite généralisée d'origine appendiculaire de certaines péritonites localisées et, en particulier, des formes pelviennes, non seulement dans les premières heures, mais même pendant plusieurs jours.

Les autres sont relatives à la manière d'aborder les abcès d'origine appendiculaire, développés à distance de la paroi abdominale. Elles montrent les dangers de la voie extra-péritonéale, l'insuffisance, dans certains cas, du drainage d'attente proposé par M. Quénu, et

concluent en faveur de l'ouverture en un temps par la voie transpéritonéale.

Tumeur de l'appendice vermiforme développée dans un sac herniaire contenant le cœcum.

Lyon Médical, 1892.

Cette tumeur était un lipôme sous-muqueux analogue à ceux que l'on observe quelquefois sur les autres portions de l'intestin. Elle avait le volume d'un petit œuf, et ne déterminait aucun symptôme particulier. Intéressante seulement en tant que variété rare de tumeur herniaire.

Difficultés de diagnostic de la cause des ictères chroniques. Indication de la laparotomie exploratrice.

Société des Sciences Médicales, novembre 1896.

Dans cette communication nous avons rapporté quelques faits pour prouver que l'examen clinique est parfois impuissant à établir avec une certitude suffisante la cause d'une obstruction biliaire. Le signe de Courvoisier-Terrier, lui-même, ne peut parfois être reconnu avec certitude qu'après l'ouverture du ventre. Nous avons insisté, après Quénu, sur l'innocuité de la laparotomie lorsqu'elle reste exploratrice, et montré qu'il est utile d'y avoir recours dans tous les cas où l'examen médical laisse persister un doute.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de pistolet. Laparotomie 24 heures après l'accident. — Guérison.

Société de Chirurgie de Lyon, mars 1898.

Nous avons trouvé, dans ce cas, une double perforation du colon ascendant; cependant, tous les signes qui pouvaient faire soupçonner l'existence de cette lésion faisaient défaut, même la sonorité préhépatique. Nous avons attiré l'attention sur un petit signe capable, peut-être, de rendre des services dans la recherche du siège des

lésions au cours de l'intervention : c'est l'épanchement sanguin à l'intérieur même de l'intestin, visible par transparence au voisinage des points blessés.

Des adhérences intra-péritonéales douloureuses (En collaboration avec M. le docteur Goinard (d'Alger).

Lyon Médical, 14 novembre 1897.

Crédé, Terrier, Nicaise, etc, ont, depuis quelques années, attiré l'attention sur les phénomènes douloureux qui sont, dans certains cas, la conséquence des adhérences intra-péritonéales. Leur histoire est encore très obscure, leur traitement discuté ; nous les avons étudiées à l'occasion de quelques faits personnels.

Ces douleurs sont des complications rares des adhérences ; on les a observées surtout à la suite des inflammations primitives ou secondaires du péritoine ou des organes qu'ils recouvrent. Nous avons montré qu'elles peuvent accompagner aussi les adhérences si fréquentes après les opérations abdominales ; peut-être, certains accidents que l'on met volontiers sur le compte de l'hystérie, n'ont-ils pas d'autre cause.

Elles se traduisent par deux ordres de signes : des douleurs et des troubles fonctionnels. Les douleurs, tantôt continues, tantôt intermittentes et revenant par crises, ont ce caractère d'être toujours bien nettement localisées dans une même région, et souvent d'être réveillées ou exagérées par certains actes physiologiques : réplétion de l'estomac, miction, défécation Ce dernier caractère était des plus nets chez une de nos malades. Les troubles fonctionnels sont, surtout, une constipation extrêmement opiniâtre, parfois des vomissements ou de la dysurie. Ils sont, naturellement, en rapport avec le siége des adhérences.

Ces symptômes sont rarement assez précis pour qu'on puisse poser un diagnostic certain, mais ils donnent souvent une présomption assez grande, pour justifier la laparotomie exploratrice. Nos observations prouvent que l'intervention n'est pas contrindiquée par la crainte de voir les adhérences se reproduire, et que, en détachant les adhérences, et en mettant en jeu, pendant les jours suivants, la motilité de l'intestin par des purgatifs énergiques, on peut obtenir des améliorations très considérables et persistantes.

Faits d'extirpation des hémorrhoïdes suivant la méthode de Whitehead.

In Thèse Labaume, Lyon 1898.

Ces observations, au nombre de sept, ont pour principal intérêt l'excellence des résultats obtenus et leur persistance. Plusieurs de nos malades ont été revus quatorze et quinze mois après l'opération; nous n'avons constaté aucune récidive, le fonctionnement du rectum était satisfaisant, et il n'y avait aucune tendance au rétrécissement.

Nous avons employé, dans ces cas, un manuel opératoire un peu spécial. Au lieu d'aborder les hémorrhoïdes par leur extrémité anale, et de les disséquer en remontant, comme le font Whitehead, Delorme, Quénu, nous les attaquons par leur extrémité rectale pour les disséquer en descendant après les avoir divisées en quatre paquets. La dissection est ainsi plus facile, et l'hemorrhagie moindre, les vaisseaux qui irriguent les hémorrhoïdes étant pincés dès le début. Mais on a, de plus, l'avantage de ne pas sacrifier d'emblée et de parti pris toute la périphérie de la muqueuse rectale; on peut limiter l'exérèse strictement aux parties malades et conserver, s'il en existe, des bandelettes de muqueuse saine qui sont une garantie supplémentaire contre l'éventualité, d'un rétrécissement ultérieur.

Traitement du cancer du rectum.

Société de Chirurgie de Lyon, 1er juillet 1897.

A l'occasion d'une discussion sur le traitement du cancer du rectum, nous avons rapporté des faits qui contribuent à montrer.

1° Qu'après l'extirpation du rectum pour cancer, il faut renoncer à chercher la reconstitution anatomique et physiologique de cet organe, et que l'anus iliaque définitif est en somme la meilleure solution.

2° Qu'en mettant le malade dans la position de la taille avec flexion forcée des cuisses, on peut enlever, assez facilement, par la voie périnéo-coccygienne, une hauteur considérable d'intestin (18 centimètres dans un cas), et que cette méthode doit être préférée à la voie sacrée de Kraske dans le plus grand nombre des cas.

VI. — ORGANES URINAIRES

Ectopie congénitale du rein, névralgie du rein en ectopie.

Société des Sciences Médicales, janvier 1892.

Le rein droit était situé au devant l'angle sacro-vertébral, la disposition des vaisseaux et leurs anomalies démontraient l'origine congénitale. L'intérêt clinique venait de ce que ce rein, absolument sain du reste, et notamment sans hydronéphrose, était le siège de crises névralgiques très douloureuses, continues depuis neuf ans, et suffisamment graves pour justifier la néphrectomie.

Anurie absolue et persistante, simulant l'anurie calculeuse et causée par une néphrite chronique.

Société des Sciences Médicales, 17 juin 1896.

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique.

Lyon Médical, 1896.
Société de Chirurgie de Lyon, novembre 1897.

C'est une question toute d'actualité, et sur laquelle on ne peut pas encore émettre un jugement définitif. Après les expériences de Pavone, Legueu, Alessandri, les faits cliniques d'Isnardi, Helferich, et ceux communiqués par M. le professeur Guyon, au Congrès de Chirurgie de 1895, on était autorisé à essayer cette méthode.

Nous en avons rapporté cinq observations. Les résultats que nous

avons obtenus ne nous ont pas paru démonstratifs. L'intervention n'a eu aucune influence sur le retour de la miction volontaire chez deux rétentionnistes anciens ; elle n'a pas, non plus, modifié favorablement l'évolution de la maladie, puisqu'un de nos malades, opéré à sa première crise de rétention, et momentanément amélioré, est devenu plus tard rétentionniste complet. Lorsque la rétention était récente, nous avons vu la miction se rétablir assez vite après l'opération ; nous avons vu aussi, chez quelques malades, la fréquence et les phénomènes douloureux être heureusement modifiés. Mais il est difficile de savoir exactement quelle part revient, dans cette amélioration, à la résection des canaux déférents, tant l'hypertrophie prostatique est variable et capricieuse dans son évolution spontanée.

Nouvelle méthode de restauration de l'urètre dans l'hypospadias, au moyen des greffes autoplastiques de M. le professeur Ollier.

Société de Chirurgie de Lyon, 18 novembre 1894.
Thèse de Reure, Lyon, 1897.
Revue de Chirurgie, 1898 (Sous presse).

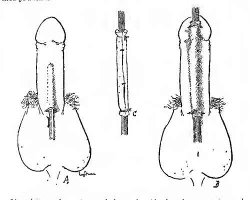
Malgré les travaux de M. le professeur Duplay, de MM. Rochet, Routier, etc., la restauration de l'urètre est toujours la partie la plus aléatoire du traitement de l'hypospadias.

Nous pensons être parvenus à rendre ce temps plus simple et plus sûr dans ses résultats, en utilisant la méthode des greffes autoplastiques de M. le professeur Ollier. Voici comment nous avons procédé sur un hypospade de 20 ans.

La verge ayant été libérée et redressée par une intervention antérieure, nous pratiquons, immédiatement, au devant du méat anormal, une incision transversale, longue de un centimètre et demi. Un instrument mousse, introduit dans la plaie, pénètre dans le tissu conjonctif lâche sous-dermique, et le décolle en se dirigeant vers la la base du gland, de façon à creuser un véritable tunnel que l'on ouvre en avant, en incisant le gland sur sa face inférieure. On obtient ainsi un conduit sous-cutané qu'il faut maintenant tapisser d'épiderme.

Pour cela, on taille sur la cuisse du malade une greffe autoplastique de dimensions convenables, et on l'enroule autour d'un morceau

de sonde de gros calibre, de telle sorte que sa surface cutanée repose sur la sonde, sa surface cruentée étant, au contraire, extérieure. La sonde, ainsi habillée, est glissée avec précaution dans le conduit sous-cutané, et fixée au gland. Au bout de huit à dix jours, on retire la sonde, le nouveau canal est complètement restauré ; il ne reste plus qu'à lui conserver son calibre par quelques cathétérismes prudents.



L'expérience de notre malade, présenté plus de six mois après l'opération à la Société de Chirurgie de Lyon, montre que le canal ainsi restauré, après avoir subi dans les premiers jours une légère rétraction, conserve son calibre et qu'il présente une souplesse et une élasticité satisfaisantes.

Ce fait, intéressant en lui-même, a cependant peut-être une portée plus grande : il montre qu'en tapissant un conduit sous-cutané avec une greffe d'Ollier, on peut s'opposer à son oblitération ultérieure, et le faire persister indéfiniment. N'est-il pas permis d'espérer que, dans l'avenir, cette méthode pourra se prêter à de nouvelles applications?

VII. — ORGANES GÉNITAUX

Présentation d'un utérus fibromateux gravide enlevé par l'hystérectomie abdominale totale.

Société des Sciences Médicales, 5 juillet 1893.

Observation intéressante surtout au point de vue des difficultés que peut présenter le diagnostic de la grossesse compliquant les fibromes pendant les premiers mois. La cachexie rapide, non explicable par d'autres causes, pourrait peut-être parfois la faire soupçonner.

Du Déciduome malin (En collaboration avec le Dr Lacroix).

Annales de Gynécologie, 1894.

Sœnger a décrit, le premier, en 1889, sous le nom de déciduome malin, une tumeur de nature très spéciale qui se développe dans le corps de l'utérus, le plus souvent à la suite d'une grossesse.

En 1893, à l'occasion d'un cas observé dans le service de M. le professeur Fochier, nous avons rassemblé les faits épars jusque-là en un travail d'ensemble, dans lequel nous avons cherché à écrire l'histoire clinique et anatomique de ces tumeurs singulières. Notre mémoire contient onze observations ; elles se sont multipliées depuis et, avec leur nombre, a grandi l'intérêt qu'elles offrent aux chirurgiens et aux accoucheurs.

Anatomiquement, le déciduome malin forme, dans l'épaisseur des parois utérines, quelquefois un seul, souvent plusieurs noyaux bien isolés les uns des autres, de consistance molle, de coloration brun

rougeâtre assez spéciale, de volume variable. Tant qu'ils sont petits, ils restent enfermés dans l'épaisseur de la paroi, et peuvent être exceptionnellement recouverts d'une muqueuse intacte (un seul cas); ordinairement, ils se développent du côté de la cavité utérine dans laquelle ils font saillie et s'ulcèrent; quelquefois ils font aussi saillie sous le péritoine et peuvent donner à l'utérus une forme bosselée, irrégulière, rappelant un utérus fibromateux de petit volume.

A l'examen histologique, on trouve ces noyaux constitués par des éléments cellulaires, remarquables surtout par leur volume considérable, qui établit entre eux et les cellules déciduales normales un lien de parenté qui a paru indiscutable à beaucoup d'auteurs. Ces éléments sont tantôt épars, irrégulièrement disséminés dans les espaces conjonctifs, ou entre des nappes d'hémorrhagie interstitielle; d'autres fois ils sont rassemblés en nodules plus ou moins volumineux, reproduisant l'aspect classique du carcinôme; souvent, enfin, par suite de leur prolifération exagérée dans un espace restreint, une veine par exemple, ils s'aplatissent les uns contre les autres, et prennent ainsi tout à fait l'apparence d'un épithélioma.

Le volume énorme de ces cellules et la *variabilité de leurs dispositions*, donnant l'impression ici d'un sarcôme, là d'un carcinôme, ailleurs d'un épithélioma, tels sont, au point de vue histologique, les deux caractères les plus importants de ces tumeurs.

En se développant dans la paroi utérine, le déciduôme détruit les fibres musculaires; mais il s'attaque avec une prédilection marquée aux vaisseaux sanguins et lymphatiques qu'il ulcère après avoir infiltré leur paroi. De là la fréquence et l'abondance des hémorrhagies qui sont un de ses symptômes dominants; de là aussi la précocité et la fréquence de la généralisation.

Au point de vue clinique, le déciduôme malin se développe sur des femmes jeunes, et à peu près toujours à la suite d'un avortement. Les môles hydatiques y prédisposent particulièrement.

Les symptômes par lesquels il se révèle sont assez variables, et il semble que, dès maintenant, on puisse en distinguer les types suivants :

1° Assez souvent, la tumeur se manifeste aussitôt ou peu de temps après l'avortement, par des hémorrhagies assez abondantes pour devenir rapidement graves, rebelles à tous les traitements, se reproduisant sans causes, parfois d'une manière intermittente, tous les huit ou dix jours, jusqu'à causer une anémie mortelle.

Cette forme peut être confondue surtout avec les rétentions placentaires, et, de fait, c'est le plus souvent, en voyant les symptômes

se reproduire après une ou plusieurs délivrances artificielles, qu'on en est arrivé à soupçonner une tumeur.

2° Une deuxième forme apparaît un peu plus longtemps après l'avortement dont le rôle étiologique peut ainsi rester méconnu. Elle se manifeste aussi par des hémorrhagies répétées, des pertes fétides, l'augmentation de volume du corps de l'utérus, enfin de la cachexie. Elle donne l'impression d'une métrite *post partum* ou d'une tumeur du corps de l'utérus.

3° Une troisième forme, très voisine de la précédente, s'en différencie seulement par sa marche plus lente, et parfois par l'irrégularité de la forme de l'utérus qui devient bosselé, et donne la sensation d'un utérus fibromateux.

4° Enfin, il existe une forme, probablement rare, dans laquelle les symptômes utérins et, en particulier, les hémorrhagies font défaut, et où la maladie se manifeste seulement par la cachexie, si bien que, quelquefois, la coexistence de signes de généralisation dans les poumons a pu faire penser à de la tuberculose pulmonaire.

Cette énumération, sans doute encore incomplète, des symptômes et des formes variées du déciduôme malin, explique la difficulté du diagnostic. Nous avons cherché à établir que celui-ci ne peut être fait avec certitude, que par les deux signes suivants : la constatation par le toucher intra-utérin *d'une perte de substance limitée et anfractueuse*, en un point de la paroi utérine, et la constatation faite, par le microscope, *de grosses cellules du déciduôme* dans les débris obtenus par l'exploration de la cavité utérine.

Pour faire le diagnostic précoce du déciduôme malin, il faut donc y songer, et rechercher l'un de ces deux signes. Du reste, les circonstances étiologiques, la notion d'un avortement ayant précédé l'apparition des symptômes, certaines particularités, comme l'abondance et la répétition des hémorrhagies, la cachexie rapide, peuvent attirer l'attention de côté.

Le déciduôme malin est grave : en quelques semaines ou en quelques mois il peut tuer par hémorrhagie, ou par généralisation et cachexie; abandonné à lui-même, il est fatalement mortel. Il faut donc intervenir radicalement et vite. L'hystérectomie vaginale a donné jusqu'ici de très beaux résultats. Elle a été pratiquée dans trois de nos observations, toujours avec succès et la malade que nous avons pu suivre, était en bonne santé plus de deux ans après l'opération.

Observation de métrite hémorragique grave chez une jeune fille.

Société des Sciences Médicales, 17 juin 1896.

Observation de polype placentaire avec examen histologique.

In Thèse de Jœglé, Lyon 1893.

Tumeur mixte énorme du cordon.

Société des Sciences Médicales, 3 mars 1897.

C'était un myxo-fibro-lipôme intéressant seulement par son volume. Il pesait 6 kil. 500 gr. et vient en troisième ligne sur la liste des plus grosses tumeurs connues du cordon.

VIII. — MEMBRES

Faits de chancres simples des doigts.

Province Médicale, 4 juillet 1891.

Observation de sarcôme primitif du deltoïde.

Société des Sciences Médicales, 27 octobre 1896.

Observation d'ulcération de l'iliaque externe dans un abcès par congestion.

Société des Sciences Médicales, 1er juillet 1896.

Parrallèle de la désarticulation sous-astragalienne et de l'amputation intra-calcanéenne de Pirogoff-Sédillot.

Société des Sciences Médicales, 23 mars 1892.

Sur un même malade, qui avait subi, pour des gelures, d'un côté une désarticulation sous-astragalienne, et de l'autre une amputation intra-calcanéenne, on pouvait comparer les résultats éloignés de ces deux opérations. Le malade marchait bien sur ses deux moignons mais la supériorité de la sous-astragalienne était évidente, son lambeau mieux étoffé, et les mouvements qui persistaient dans le moignon rendant la marche et la station beaucoup plus faciles de ce côté.

Hypertrophie éléphantiasique du membre inférieur.

Société des Sciences Médicales,, 28 avril 1897.

Il s'agissait d'un enfant de 14 ans, porteur, depuis quatre ans d'une augmentation de volume de tout un membre inférieur, analogue à certains faits décrits par Trélat et Monod sous le nom d'hypertrophie unilatérale. Mais le membre malade ne présentait pas d'excès de longueur, et comme l'on ne pouvait pas songer à l'éléphantiasis à cause des caractères objectifs de la tumeur, de sa répartition uniforme sur le membre tout entier, jusqu'à sa racine, et de l'absence de toute les causes ordinaires d'éléphantiasis, nous avons émis l'hypothèse d'une malformation congénital portant vraisemblablement sur le système lymphatique.

60.373. — Anc^ne Imp A. Waltener — Pr Legendre et Cie, Succ^rs — Lyon.